

PATOLOGISERINGS af menneskelivet

Af Lars Fr. H. Svendsen

I ndtil for få år siden var det en del af det herskende menneskesyn, at de fleste har ressourcer til at håndtere livets prøvelser. I dag er mennesket snarere blevet til et væsen, der er så ufatteligt skrøbeligt, at det antageligt vil bukke under – eller i det mindste få et alvorligt knæk – af det forhold, at livet faktisk ikke er helt problemfrit.

For nogle år siden skrev fem canadiske psykiatere artiklen "Patologi i Hundrede-meterskoven". Her forsøgte de med udgangspunkt i moderne diagnosesystemer at diagnosticere figurerne i A. A. Milnes klassiske børnebøger.¹⁾ Det viste sig, at Peter Plys og alle hans venner led af alvorlige psykiske forstyrrelser. Pointen med artiklen var ikke at kaste et kritisk lys over Milnes bøger, men at ironisere over disse diagnosesystemer.

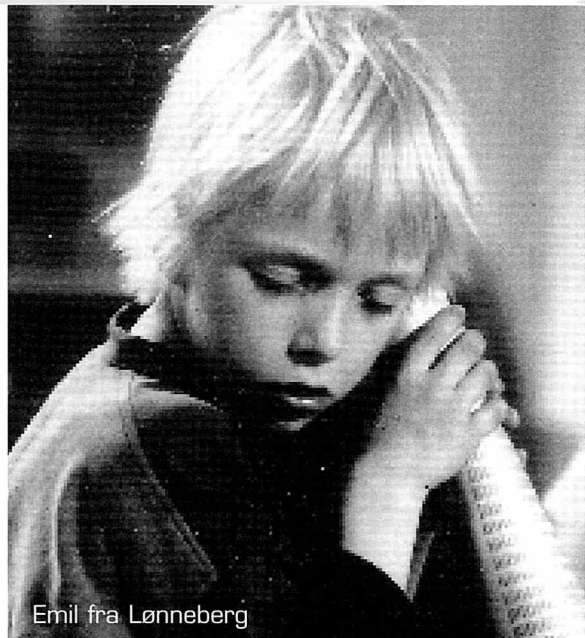
Vi ser en tendens til at patologisere større og større dele af menneskets handlings-, tanke- og følelsesliv. Stadig flere menneskelige problemer bliver indlemmet i et tilsvarende voksende felt af psykiske lidelser. Det er let ud fra en enkel systemteori at forklare, hvorfor det forholder sig sådan: Ethvert system har en iboende tendens til at forsøge at vokse. Det ligger i ethvert systems væsen at forsøge at inkorporere flere og flere instanser i sig.

Den terapeutiske etos

De forskellige psy-discipliner er vokset kolossalt de senere år, både hvad angår antallet af udøvere og klienter, og kan siges at have udviklet sig til den vigtigste forvalter af det senmoderne sjæleliv. Anthony Giddens formulerer det på denne måde: "Terapi er et ekspertsystem, som er dybt involveret i selvets refleksive projekt."²⁾ Den terapeutiske etos er rykket ind i centrum for vores forhold til os selv.

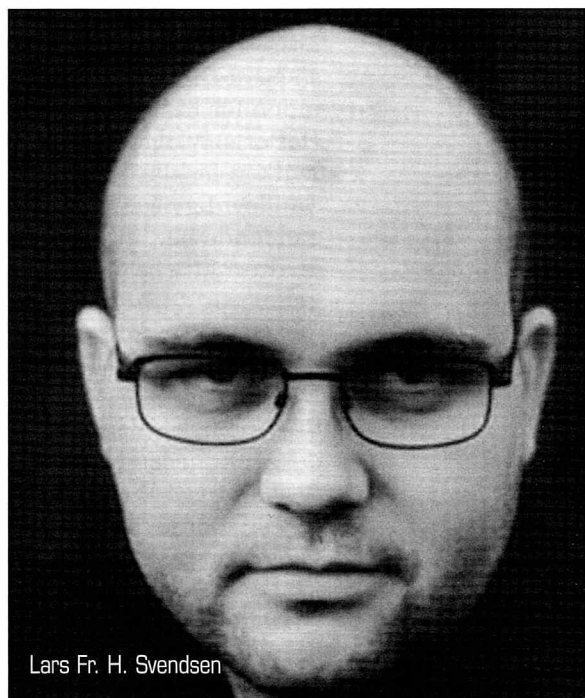
Individer skal sættes i stand til at realisere sig selv i stadig større udstrækning. Et velfungerende individ betragtes som aktivt og fuld af initiativ, mens et individ, der kun i mindre udstrækning viser disse egenskaber, mangler noget for at være fuldstændig velfungerende. Derfor handler dette ikke mindst om menneskesyn, om hvilke rammer vi sætter for, hvad der er normalt og acceptabelt i det menneskelige handlings-, tanke- og følelsesliv. Vi ved, at det, der betragtes som normalt, og det, der betragtes som patologisk, har varieret stærkt gennem historiens løb og på ingen måde er upåvirket af den til enhver tid herskende sociale og politiske ideologi. Jeg mener ikke, at psykiske lidelser blot er 'sociale konstruktioner', men de har utvivlsomt en vigtig social komponent.³⁾ Og der er ingen grund til at tro, at vore dages

A



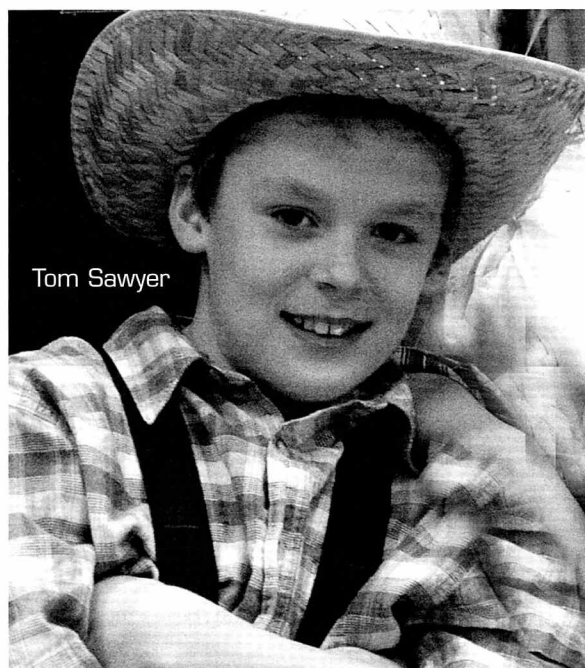
Emil fra Lønneberg

D



Lars Fr. H. Svendsen

H



Tom Sawyer

D

mentale patologier skulle være løsrevet fra sociale og politiske kontekster.

Jeg vil ikke her beskæftige mig med tunge, psykiske lidelser som fx skizofreni, men vil begrænse mig til fænomener som depression, angst etc., som hævdes at ramme en relativt stor del af befolkningen. Med andre ord vil jeg først og fremmest rette opmærksomheden mod den 'lette' del af psykiatrien og mindre mod den 'tunge' del. Jeg tvivler heller ikke på, at det i det store hele er gode hensigter, der ligger til grund for en udvikling, der alligevel har mange betænkelige træk.

Bliver vi sygere og sygere?

Vi har set en radikal stigning i antallet af mennesker, der hævdes at opfylde kriterierne for givne psykiatriske diagnoser. Dette gælder ikke mindst for diagnosen depression. Ifølge psykologen Martin Seligman har mennesker født efter 1945 ti gange så stor sandsynlighed for at udvikle en depression end mennesker, der blev født 50 år tidligere.⁴⁾ Andre undersøgelser opererer med en tredobling af tilfælde af depression på blot ti år.⁵⁾ Der bliver jævnligt præsenteret lignende tal. Ser vi på tallene for angst, er der tale om tilsvarende stigninger. Ifølge kvantitative undersøgelser havde et gennemsnitligt barn i USA

omkring 1990 et højere angstniveau end børn, der i 1950'erne gennemgik psykiatriske behandlinger.⁶⁾ Næsten alle såkaldte prævalensstudier – undersøgelser af, hvor mange der lider af en bestemt sygdom i en befolkning på et givent tidspunkt – viser også meget store tal. Der findes også enkelte prævalensstudier, der peger på den stik modsatte udvikling, men disse har en tendens til ikke at få en lige så stor opmærksomhed som de andre.⁷⁾

Hvad skyldes denne stigning i tallene? Der kan være flere grunde til dette: 1) Folk er slet og ret blevet mere syge, 2) man er blevet bedre til at indfange folk, der opfylder kriterierne for en given diagnose, eller 3) man har udvidet kriterierne, så en større gruppe end tidligere falder inden for rammerne af en given diagnose. Det er selvfølgelig vanskeligt at afgøre, hvilken forklaring der er den rigtige. Sandsynligvis gør alle tre fænomener sig gældende her, men det er særligt det tredje alternativ, jeg vil forfølge i denne artikel.

Et underligt sundhedsbegreb

Det officielle norske sundhedsbegreb (ved Statens helsetilsyn) er identisk med Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af sundhed: "Sundhed er en tilstand af fuldkommen fysisk, mentalt og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og svagelighed."

Denne definition er noget underlig. Den er ekstremt snæver i den forstand, at der næppe findes et eneste menneske på jorden, der hermed kan siges at opfylde kriterierne for at være sund – der findes ganske enkelt ingen mennesker, der befinder sig i en tilstand af *fuldkommen* fysisk, mentalt og social velvære. Definitionen angiver en tom mængde. Dette skyldes, at definitionen angiver en ekstremt idealiseret størrelse, der ikke findes i den virkelige verden.

Nu kan man jo hævde, at definitioner ofte er idealiseringer, abstraktioner i forhold til den virkelige verden, og at man i enhver videnskab må gå frem på denne måde, som når man i den klassiske mekanik forudsætter størrelser som "en kugle, der ruller ned ad en friktionsfri flade i et

vakuum". Men fysik og medicin er nu engang ikke det samme.

På den anden side er definitionen også ekstremt bred i og med, at der ikke findes et eneste træk af et menneskes liv, der ikke kan siges at være yderst relevant for dette menneskes sundhed. En tredje ting, der er værd at påpege, er, at definitionen ikke baseres på en symmetrisk modsætning mellem sundhed og sygdom, men tværtimod åbner op for, at personer kan have et svigtende helbred, uden at de af den grund er syge. Dermed får vi problemer med at definere sygdom. Skal sygdom da betragtes som et *meget* svigtende helbred? Hvor meget må helbredet svigte, hvor langt væk befinder man sig fra den idealiserede sundhed, før det er rimeligt at tale om sygdom?

Når det drejer sig om *mental* sygdom, medgiver WHO, at det er "næsten umuligt" at give en dækkende definition. Men det fremhæves gerne, at individet skal føle velvære, kan håndtere livets normale prøvelser, arbejde produktivt og yde et bidrag til sine sociale omgivelser. På baggrund af sådanne kriterier kan vi i det mindste sige, at nogle mennesker falder inden for dem, mens andre falder uden for. Denne beskrivelse af mental sundhed forudsætter et bestemt menneskesyn. Man kan sige, at det, der beskrives, er en god protestant. Vedkommende er arbejdsom og forsøger at bidrage positivt til andre menneskers liv. Men ikke alle passer ind i denne model, uden at det af den grund nødvendigvis er rimeligt at sige, at de ikke er mentalt sunde.

Sundhed og sygdom er ikke strengt objektive størrelser. Vi kan ikke klart skelne mellem dem, der er syge, og dem, der ikke er det, sådan som vi kan putte bananer i én kurv og æbler i en anden. Spørgsmålet om, hvor sundheden slutter og sygdommen begynder, er et pragmatisk spørgsmål. Det afgørende er at sætte en grænse et hensigtsmæssigt sted, sådan at vi hverken inkluderer eller ekskluderer alt for mange mennesker, som efter en rimelig vurdering kan siges at være henholdsvis syge eller raske. Dette løser selvfølgelig ikke problemet, for så bliver spørgsmålet, hvad der er en rimelig vurdering.

Kriterier for mentale patologier

Noget af formålet med udviklingen af diagnostiske manualer som DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) og ICD (*International Classification of Diseases*) er at stille relativt klare kriterier op og operationalisere den proces, hvormed man afgør, hvornår det er rimeligt at konstatere, at en person lider af en bestemt sygdom. Jeg ville gerne have diskuteret de videnskabsteoretiske problemer, der er knyttet til disse manualer, men det er der slet og ret ikke plads til. Det er næppe kontroversielt at hævde, at manualerne er problematiske.

Ifølge DSM-IV kræves der generelt følgende, for at der kan være tale om en psykisk lidelse:

1. Individet har en dysfunktion.
2. Dysfunktionen må være til skade for individet.
3. Det må ikke dreje sig om en forventet og kulturelt sanktioneret respons på en given hændelse.

Ingen af disse kriterier er krystalklare. For det første er det uklart, hvad der nøjagtigt kræves, for at noget kan kaldes for en dysfunktion. For det andet er det uklart, hvad der er til "skade" for et individ. To individer med nøjagtig samme symptomer kan altså kategoriseres som syg eller rask alt efter, hvordan omgivelserne forholder sig til dem, eftersom skaden kan være bestemt af omgivelsernes reaktioner på individet. For det tredje er begrebet om "en forventet og kulturelt sanktioneret respons" en yderst foranderlig størrelse. Hvis et sammenbrud var den forventede og kulturelt sanktionerede reaktionsmåde på en bestemt hændelse, vil sammenbruddet altså af netop denne grund per definition ikke befinde sig inden for feltet af psykiske lidelser. Disse generelle kriterier for psykisk lidelse er ikke til særlig megen gavn.

De mere specifikke kriterier for den enkelte lidelse er også problematiske. Et problem er den store stigning i antallet af diagnoser. Fra DSM-I til DSM-IV er antallet af diagnoser steget fra 60 til 350. Mange af disse diagnoser overlapper i så

stor udstrækning hinanden, at de i realiteten bliver uhyre vanskelige at bruge. Ønsket om at operationalisere diagnosticeringsprocessen bliver med andre ord modarbejdet af antallet af diagnoser. I undersøgelser, hvor en række kompetente psykiatere er blevet bedt om at undersøge et større antal patienter og derefter stille nogle diagnoser på baggrund af DSM, er variationen opsigtsvækkende stor.⁸⁾ Psykiaterne var lige så ofte enige som uenige om diagnosen, og uenighederne drejede sig vel at mærke ikke om fx, hvilken variant af angst, der var tale om, men om vedkommende led af angst eller havde en depression. Det er klart, at dette ikke er en eksakt videnskab, og sådan må det måske også være, men dette faktum burde i det mindste føre til en vis skepsis over for eller i det mindste en vis forsigtighed i omgang med de redskaber, man bruger til at stille diagnoserne med.

Diagnosen omfatter for mange

Et beslægtet problem er, at kriterierne for den enkelte diagnose er så brede, at de ofte omfatter næsten hvad som helst. Et eksempel på dette er kriterierne for ADHD i DSM-IV. Jeg skal ikke gennemgå hele listen med kriterier. Lad mig blot påpege, at jeg selv opfyldte næsten alle kriterier. Nu kan det jo godt være, at jeg rent faktisk lider af ADHD – selv om jeg er ganske sikker på, at det ikke er tilfældet – så jeg tjekkede listen med kriterier på min kæreste og flere af mine venner.

Resultatet blev det samme i alle tilfælde: Min kæreste og venner opfyldte alle langt størstedelen af kriterierne, faktisk adskillig flere, end hvad der kræves for at stille diagnosen. Det eneste punkt, hvor ingen af os faktisk opfyldte diagnosen, var kravet om, at der må være klare holdpunkter for "et klinisk betydningsfuldt problem". Ingen af os mente, at de adfærdstræk, der ellers var beskrevet i diagnosen, faktisk udgjorde noget væsentligt problem for os. Min pointe er ikke, at ADHD udelukkende er en konstruktion uden rod i virkeligheden, men blot at diagnoseredsindet ser ud til at indfange alt for mange tilfælde af ADHD.

Der er også opstået flere og flere former

for depression. Der tales ikke længere blot om unipolære, bipolære, endogene og eksogene depressioner, men et væld af forskellige former for depression. Diagnosen rummer derfor et uhyre bredt spektrum af symptomer, og mange af disse – fx træthed, ubeslutsomhed og hæmninger – blev ikke tidligere betragtet som symptomer på depression. Flere af disse symptomer beskrives samtidig så tilpas bredt, at rigtigt meget kan falde ind under dem. Hvis man er nedtrykt, har lidt diffuse skyldfølelser, sover uregelmæssigt, har svært ved at interessere sig for sit arbejde og har en lettere nedsat seksuel lyst, er depressionsdiagnosen hjemme. I alt opererer DSM med ni kriterier, hvoraf fem må være opfyldt. ICD-10 opererer med tre grundsymptomer, hvoraf to må være opfyldt:

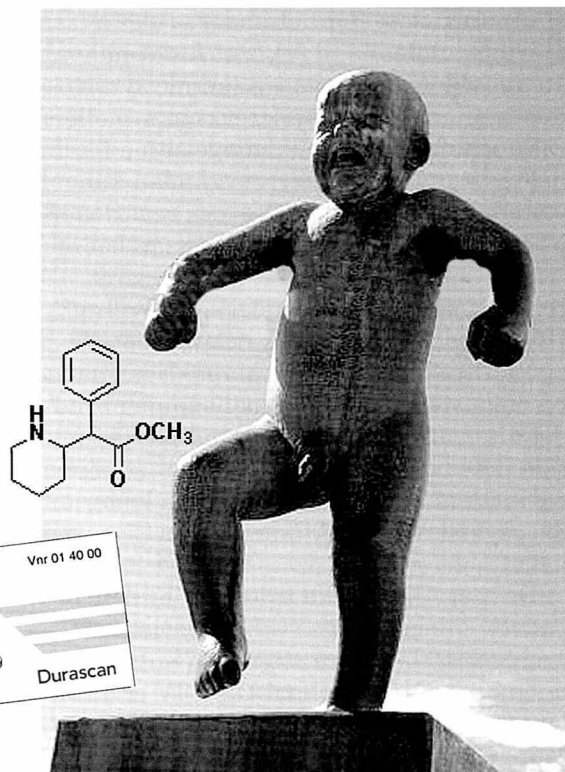
1. Et depressivt stemningsleje med negative tanker.
2. En manglende evne til at glæde sig over aktiviteter, der ellers er tilfredsstillende.
3. Mangel på energi.

Desuden findes der en række ekstra symptomer (nedsat selvtillid, skyldfølelser, selvmordstanker, koncentrations- og søvnmangler, at man er passiv eller opfaren, at man går op eller ned i vægt). De fleste af os har fra tid til anden oplevet disse ting og haft mange af disse symptomer, uden at vi af den grund synes, at det har været rimeligt at beskrive denne tilstand som udtryk for en depression. Selv har jeg sagt, at jeg har været "skide ked af det", og ved af erfaring, at det går over. Men det forhold, at jeg selv ville benægte, at jeg havde en depression, er egentlig ikke noget tungtvejende argument set fra et diagnostisk perspektiv, eftersom mangel på sygdomsindsigt er yderligere et kriterium.

Vil en tidlig opsporing af børn med lidelsen ADHD også omfatte Vigelands "Sinnataggen"?

Omfanget af de psykiske lidelser

Fra socialantropologien og den medicinske historie ved vi, at sygdomsbegreber og definitioner af sygdom varierer over tid og fra sted til sted. Gamle sygdomsbegreber forsvinder, og nye kommer til. Det er ikke blot diagnoserne, der forandrer sig, men også hele forestillinger om, hvad sygdom er. Noget af fordelene ved at vende sig mod den historiske og socialantropologiske viden er, at man får en form for distance til de begreber, man selv benytter sig af, og indser, at også de er konstruktioner, der udspiller sig i et kulturelt rum. Der sker fx ganske meget i udviklingen fra begrebet om MBD (Minimal Brain Dysfunction) til begrebet om ADD (Attention Deficit Disorder) i DSM-III, hvor man går fra en ætiologisk til en symptomatologisk indfaldsvinkel. DSM-III skelner mellem ADD med og uden hyperaktivitet, mens denne distinktion bliver forladt i DSM-III-R, fordi der ikke blev fundet noget empirisk grundlag for den. Derimod kommer inddelingen i undertyper tilbage i DSM-IV, hvor lidelsen fik betegnelsen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Vi finder



en endnu mere kompliceret udviklingshistorie, når det drejer sig om angst – i DSM-IV er der 20 kategorier af angst, mens der i DSM-II kun var to. Efterhånden som kriterierne forandrer sig, vil nye mennesker være omfattet af en diagnose, mens andre, der tidligere var omfattet af diagnosen, med ét falder uden for den.⁹⁾

For eksempel er kriterierne for posttraumatiske stresslidelser efterhånden blevet ret vide, og i DSM-IV blev området udvidet, sådan at det ikke længere var et krav for at lide af posttraumatisk stress, at et individ selv måtte have oplevet en livstruende situation, set en forfærdelig ulykke eller lignende. Det kan være tilstrækkeligt, at man er et 'indirekte offer' – fx er der sket noget med ens nærmeste, eller man kan have set noget rystende i en nyhedsudsendelse i tv, der har ført til, at man bagefter har haft en følelse af frygt og hjælpeløshed. Efter tsunamien i julen 2004 blev det anslået, at et stort antal nordmænd – og andre selvfølgelig – ville få behov for bistand fra krisepsykiatere eller lignende eksperter. Mig bekendt har dette ikke været tilfældet, og det ville være interessant at undersøge, hvor højt dette tal i virkeligheden var.

Konsekvenserne af d. 11. september 2001 for den mentale sundhed er undersøgt ret grundigt. Umiddelbart efter angrebene vurderede New Yorks sundhedsvæsen, at omkring 25 procent af New Yorks indbyggere ville være så hårdt følelsesmæssigt påvirket, at de ville få brug for terapi.¹⁰⁾ En anden undersøgelse hævdede, at 44 procent af alle amerikanere ville få posttraumatisk stress i en eller anden form.¹¹⁾ Da de reelle tal senere blev undersøgt, viste det sig, at 7,5 procent af indbyggere i det område, hvor angrebene fandt sted (det centrale og sydlige Manhattan) led af posttraumatisk stress, der kunne knyttes direkte til terrorangrebet.¹²⁾ Dette tal er i grunden ikke så højt, eftersom det anslås, at 3,5 procent af New Yorks befolkning til enhver tid vil lide af sådanne lidelser på grund af bilulykker, røveri, vold osv. Og allerede i foråret 2002 var andelen af de personer, der stadigvæk led af sådanne lidelser på grund af terrorangrebet, nede på 0,6 procent. Tallene for USA som

helhed var selvfølgelig endnu lavere.

Det viste sig også, at stigningen i antallet af indbyggere i New York, der søgte hjælp hos terapeuter efter d. 11. september, var meget lille. Efter terrorangrebene i Madrid i marts 2004 var tallene kun en tredjedel af tallene for New York.¹³⁾ Og efter alt at dømme var de endnu lavere i London efter bomberne i juli 2005. Med andre ord klarer folk sig i det store hele helt fint. Og dem, der virkelig får problemer, har sandsynligvis brug for mere end blot en snak med en krisepsykiater.

Antallet af syge overstiger befolkningstallet

Normalt er det imidlertid de store tal, der får mest opmærksomhed. Med jævne mellemrum kan vi læse vurderinger af mere eller mindre offentlig karakter om, at en så og så stor andel af befolkningen vil få en psykisk lidelse inden for et givent tidsrum. Disse tal har en tendens til at være opsigtsvækkende høje. Hvis man lægger tallene fra alle de forskellige interesseorganisationer for mennesker med en given mental sygdom sammen, er det ikke utænkeligt, at det samlede antal vil overstige det samlede befolkningstal, dvs. at der ud fra disse tal findes flere syge mennesker, end der rent faktisk findes mennesker – det ville i så fald være et noget opsigtsvækkende resultat. Jim Windolf udførte en sådan undersøgelse i USA, hvor han bad om information fra forskellige interesseorganisationer og offentlige instanser, der beskæftigede sig med psykiske problemer etc., og derefter lagde han tallene sammen. De oversteg ikke 100 procent, men han kom faktisk op på 77 procent, hvilket skulle betyde, at tre fjerdedele af alle amerikanere havde psykiske lidelser.¹⁴⁾ Man behøver ikke at være specielt skeptisk anlagt for at tvivle på et sådant tal.

Nu eksisterer der utvivlsomt mange mennesker, der lider af flere forskellige psykiske sygdomme på én og samme tid, men det er næppe nok til at forklare det enorme tal. I de kilder, jeg har set, varierer skønnene for andelen af personer, der lider af ADHD, fra under 1 procent til op mod 20 procent. De fleste synes at lande

på omkring 5 procent. For forskellige angstlidelser har jeg set tal op mod 10 procent og for tvangslidelser 2 procent. Depression er en af de store kategorier. Skønnene varierer også en del på dette felt, men det er ikke unormalt, at man vurderer, at det drejer sig om mellem 10 og 20 procent af befolkningen. Og så videre ... Det er ikke min opgave at mene, hvad der er det nøjagtige tal. Jeg konstaterer blot, at det er disse tal, der formidles til den almindelige avislæser.

Begynder man at lægge disse procenttal sammen, bliver tallet opsigtsvækkende højt – også selv om man tager højde for en udstrakt grad af komorbiditet, dvs. det forhold, at to eller flere sygdomme optræder på én og samme tid. Tallet bliver faktisk så højt, at normale skøn om, at mellem 20 og 25 procent af en befolkning lider af en psykisk sygdom, er lavt sat. For mig som lægmand virker selv disse tal meget høje, men jeg har selvfølgelig ikke nogen alternative tal at vise frem. I en meget omtalt undersøgelse, der blev publiceret i 2005, hævdede Atle Roness m.fl., at af de angiveligt 800.000 nordmænd, der lider af angst og depression, har kun 13 procent af dem med depressionsdiagnosen og 25 procent af dem med angstdiagnosen søgt hjælp.¹⁵⁾ Jeg har ingen grund til at tvivle på disse procenttal, men er ikke overbevist om, at de resterende 87 procent og 75 procent hører hjemme i behandlingsapparatet. Her må det tilføjes, at Roness m.fl. tager vigtige forbehold i selve artiklen, hvor de påpeger, at undersøgelsens form vil føre til, at behovet for hjælp bliver overvurderet, men disse forbehold var desværre ikke at finde i de artikler, der var i pressen om sagen.

Terapi som kilde til sygdom

Det måske mest betænkelige ved den terapeutiske etos, der hersker i dag, er, at den formidler en række vrangforestillinger om, hvordan man bør forholde sig, når man rammes af en ulykke, eller når livet slet og ret bliver tungt at bære. En af de mest sejlivede myter om vores mentale sundhed er, at det generelt er godt for os at give udtryk for vores følelser, og at dem, der ikke gør det, på en eller anden måde er 'hæmmet'. Det er imidlertid ikke nogen

garanti for mental sundhed at 'luftte sine følelser' verbalt – ofte forstærker det rent faktisk symptomerne.¹⁶⁾ Man bliver ofte mere trist af at fordybe sig i og tale om noget trist. Det kan derimod hjælpe meget at lade noget helt andet end det triste være i centrum for ens opmærksomhed. Der er en vis visdom i titlen på Rod Stewarts ballade "I don't want to talk about it."

Min pointe er selvfølgelig ikke, at det bedste for alle er at klappe i som en østers. Nogle mennesker er emotionelt ekspressive, andre er det ikke. Når man mister nogen, der står én nær, er det 'naturligt' for nogle mennesker at give udtryk for deres sorg, mens det ikke er det for andre. Undersøgelser af sorgterapi viser, at terapien ikke har nogen som helst virkning af hverken positiv eller negativ art for de fleste, mens et mindretal ser ud til at få større problemer efter at have gennemgået en sådan terapi. En undersøgelse viste, at hele 38 procent klarede sig dårligere efter sorgterapi end en kontrolgruppe, der ikke gennemgik en sådan terapi.¹⁷⁾ Der findes lignende tal for samtalegrupper i forbindelse med kræft, hjertelidelser mm.

Der er heller ikke dækning for at hævde, at de, der ikke vil snakke om det, nødvendigvis får problemer senere hen. Generelt synes de, der er i stand til at fortrænge en hændelse og ikke taler om den, at klare sig bedst senere i livet. Men ikke alle er i stand til dette, og for dem kan terapi være en hjælp. Men det synes imidlertid klart, at terapi ikke er godt for alle. Efter en ulykke eller lignende kan man derfor gøre ondt værre ved at tvinge alle berørte parter ind i en 'obligatorisk' terapi.

Problemet med at tvinge folk ind i en terapeutisk situation efter en ulykke er, at det kan ødelægge deres evne til at beskytte sig selv mod det, der er sket – de sænker deres parader og lader indtryk, som de ellers ville have været i stand til at blokere for, trænge ind i bevidstheden. Terapien kan forstærke det smertefulde ved, at det nærmest hamres ind i bevidstheden under den terapeutiske samtale. Ikke mindst kan man skabe nogle selvopfyldende profetier ved at fortælle folk om, hvordan de kan komme til at opleve tilværelsen frem-

over. På den måde vil terapien bidrage til at øge omfanget af de psykiske lidelser. Sat på spidsen kan man hævde, at terapikulturen forstærker de lidelser, den har sat sig for at kurere.

Det er et velkendt fænomen, at mennesker, der bliver klassificeret efter forskellige kategorier, bliver påvirket af klassificeringen. At give en person en diagnose er en handling, der forandrer den diagnosticerede. Filosofen Ludwig Wittgenstein skriver om Freud: "Analysen vil antagelig gøre skade. For selv om man kan opdage forskellige ting om én selv under analysen, må man have en meget stærk, pågående og vedvarende kritik for at genkende og gennemskue den mytologi, der bliver tilbudt eller påtvunget én. Det er en tilskyndelse til at sige, 'Ja, selvfølgelig må det være sådan.' En kraftig mytologi."¹⁸ Jeg tror, at denne påstand i en vis grad har gyldighed for de fleste terapiformer. Og jo mere den terapeutiske tænkemåde gennemstrømmer hele samfundet, desto vanskeligere vil det være for patienten at mobilisere en kritisk distance til den.

Kosmetisk psykofarmakologi

Det forhold, at medicinens rolle ikke blot er at behandle eller forhindre sygdomme, men mere positivt også er at fremme sundhed, er ingen ny tanke. Vi finder allerede denne tanke i den hippokratiske tradition i det gamle Grækenland. Og som et statsligt program begynder denne tanke at vinde frem i det 18. og 19. århundrede. Umiddelbart virker det jo som en god idé. Hvad skulle der være i vejen med ud over blot at bekæmpe sygdom også at ville fremme folks sundhed? Og hvad skulle der være i vejen med at bruge psykofarmaka i dette sundhedsarbejde? Ser vi fx på brugere af såkaldte lykkepiller, hævder de i enkelte tilfælde, at de føler, at de har det bedre end tidligere og endda bedre, end da de var 'raske'. Enkelte har også talt for ikke blot at give sådanne medikamenter til 'syge' personer, men også til 'raske' for at øge deres mentale velvære, idet forsøg har vist, at pillerne også virker på 'raske' mennesker.

Peter Kramer, der havde en fast månedlig spalte i *Psychiatric Times* og skrev

bogen *Listening to Prozac*, kunne konstatere, at de af hans patienter, der fik Prozac, ikke blot opnåede en bedring af deres symptomer, men faktisk fik mere omfattende personlighedsforandringer, som de selv opfattede som positive. De havde det nu, som han skrev, "bedre end godt".¹⁹ Han indførte begrebet 'kosmetisk psykofarmakologi' som betegnelse for medicinering, der ikke havde til hensigt at helbrede, hvad der strengt taget kunne betragtes som sygdomme, men som snarere forandrede patienter på en måde, som både læge og patient opfattede som positiv. Udtrykket 'kosmetisk psykofarmakologi' er passende, fordi det viser en klar parallel til den kosmetiske kirurgi. Argumentet er i korthed som følger: Hvis kosmetisk kirurgi er acceptabelt, burde kosmetisk psykofarmakologi også være det.

Der er ikke langt til Aldous Huxleys *Fagre nye verden*. Som det hedder der: "Et civiliseret menneske behøver ikke at finde sig i noget, som er for alvor ubehageligt".²⁰ Kramers position er interessant, fordi den sådan set er en konkretisering af det herskende sundhedsbegreb. Ser vi på WHO's definition af sundhed, vil dette være i fuld overensstemmelse med målet om en bedring af folks sundhed. Vi taler altså om en brug af medicin, hvor ambitionen ikke blot er at genoprette en form for 'normaltilstand', men snarere at frembringe en optimal tilstand, idet sundhed netop bliver defineret som en sådan optimal tilstand. Hvis vi mener, at dette ville være en uheldig udvikling, hvilket de fleste vel vil mene, må vi også forkaste WHO's sundhedsbegreb.

En tiltagende og tillært sygelighed

Den psykologiske og psykiatriske diskurs er ikke 'lukket'. Den trænger ind i blade, aviser og fjernsynsprogrammer. Den kommer til udtryk i film og romaner, og ikke mindst melder den sig stadig mere i dagligsproget. Frank Furedi skriver:

Menneskers opfattelse af deres evne til at håndtere livets problemer er formet af den bestemte redegørelse, deres kultur giver for menneskets potentiale. Individet giver mening til deres erfaringer ved at reflektere over deres

bestemte omstændigheder og i tråd med de forventninger, der formidles gennem de herskende, kulturelle normer. Bevidstheden om selvet er en forhandling mellem individuelle erfaringer og kulturelle normer. Folk har ikke noget indre ønske om at opfatte sig selv som syge. Imidlertid forsyner mægtige kulturelle signaler borgerne med færdiglavede terapeutiske forklaringer på deres problemer. Og så snart en sygdomsdiagnose systematisk bliver tilbudt som en nøgle til at fortolke problemer, så de giver mening, er mennesker langt mere tilbøjelige til at opfatte sig selv som syge.²¹⁾

Det handler om en tiltagende og tillært sygelighed. Med dette mener jeg ikke, at folk ikke har en masse problemer, de kæmper med, men at de i tiltagende grad lærer at betragte disse plager som sygdomstegn. Det er på ingen måde givet, at dette er særligt godt for dem, at det gør problemerne lettere at bære, eller at det hjælper dem med at slippe af med disse problemer. Der eksisterer efterhånden meget dokumentation for, at sygeliggørelsen i en stor andel af tilfældene snarere forværrer problemerne.

Der er meget, der tyder på, at vi har sat bundgrænsen for mentale lidelser for lavt, at vi 'producerer' psykiske lidelser i et stort omfang. På grund af frygten for, at vi mennesker ikke er i stand til at håndtere de skuffelser og prøvelser, som livet nødvendigvis byder på, behandler vi folk derefter, og en mulig konsekvens af dette er, at vi skaber mennesker, der ikke er i stand til at håndtere modgang. Vi skaber mennesker, der oplever sig selv som deprimerede og traumatiserede på grund af hændelser, der tidligere blev betragtet som del af et normalt liv.

Vi søger ikke længere Gud, en frelse, men snarere en optimeret mental sundhed. Lykke er ikke blot noget, vi alle søger, men noget, vi faktisk har en ret til. Og det menneske, der ikke realiserer en optimal lykke, er i bund og grund en taber. Som filosofen Pascal Bruckner har formuleret det, lever vi antagelig i det første samfund, hvor mennesker føler sig ulykkelige, fordi de ikke føler sig fuldstændig lykkelige.²²⁾

Noter

1. Shea, Sarah F. m.fl.: "Pathology in the Hundred Acre Wood: A Neurodevelopmental Perspective on A.A. Milne", i *Canadian Medical Association Journal* 12/2000, s. 1557ff.
2. Giddens, Anthony: *Modernitet og selvidentitet – Selvet og samfundet under sen-moderniteten*, Hans Reitzels Forlag, København 1996, s. 211.
3. Min opfattelse er beslægtet med Ian Hacking: *The Social Construction of What?*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1999, dvs. en form for mellemposition mellem realisme og social konstruktivisme.
4. Seligman, M. E. P.: "'Me' decades generate depression: individualism erodes commitment to others", i *APA Monitor* 19/1988, s.18.
5. Cross-National Collaborative Group: "The changing rate of major depression. Cross-national comparisons", *JAMA* 268:3098-3105, 1992.
6. Twenge, J.M.: "The Age of Anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-93", i *Journal of Personality and Social Psychology* 79/2000, s. 1007-1023.
7. Jf. Sommer, Christina Hoff og Sally Satel: *One Nation Under Therapy: How the Helping Culture Is Eroding Self-Reliance*, St. Martins Press, New York 2005, s. 20.
8. Jf. Kutchins, Herb og Stuart A. Kirk: *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, Constable, London 1997, s. 52ff.
9. Som Chuck Palahniuk skriver i romanen *Survivor*: "Edition to edition, the symptoms change. Sane people are insane by a new standard. People who used to be called insane are the picture of mental health." Palahniuk, Chuck: *Survivor*, Vintage, London 2000, s. 88.
10. Jf. Sommer og Satel: *One Nation Under Therapy*, s. 178.
11. Schuster, M. m.fl.: "A national survey of stress reactions after the September 11th, 2001 terrorist attacks", i *New England Journal of Medicine* 345/2001, s. 1507-12.
12. Simon Wessely: "When Being Upset Is Not A Mental Health Problem", i *Psychiatry* 2/2004, s. 154.
13. "Recovering from terrorism – Panic attack", *The Economist* 3.9. 2005, s. 34.
14. Jf. Sommer og Satel: *One Nation Under Therapy*, s. 3.
15. Roness, A., A. Mykletun og A.A. Dahl: "Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression", i *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111/2005, s. 51-58.
16. For en dokumentation af dette, hvad angår depressioner, se Sommer og Satel: *One Nation Under Therapy*, s. 249-250.
17. Jf. op. cit., s. 138.
18. Wittgenstein, Ludwig: *Lectures and Conversations on Aesthetics, Psychology & Religious Belief*, Basil Blackwell, Oxford 1966, s. 51f.
19. Kramer, Peter D.: *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, Penguin, London, 1997, s. xvi.
20. Huxley, Aldous: *Fagre nye verden*, Aschehoug, København 1998, s. 201.
21. Furedi, Frank: *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, London 2004, s. 113.
22. Bruckner, Pascal: *Verdammt zum Glück. Der Fluch der Moderne*, Aufbau Verlag, Berlin 2000, s. 76.

Oversat af Joachim Wrang efter original version i *Samtiden* (1-2006).

Lars Fr. H. Svendsen har bl.a. skrevet bøgerne "Ondskabens filosofi", "Kedsomhedens filosofi" og "Mode – et filosofisk essay".